



CONSENTIMIENTO PARA RECIBIR ATENCIÓN MÉDICA / *CONSENT TO TREAT*

Autorizo a los empleados y agentes de Texas Health (incluidos médicos, asistentes médicos, enfermeros y otros empleados y miembros del personal) a llevar a cabo evaluaciones médicas y a proporcionar atención médica al paciente indicado a continuación. Entiendo que se podrían tomar fotografías o videos en relación al tratamiento del paciente. La duración de este consentimiento es indefinida y continuará hasta que este sea revocado por escrito. Entiendo que al no firmar este consentimiento, el paciente no recibirá atención médica salvo en caso de emergencia.

Fecha de hoy /
Today's Date: _____

Nombre del paciente en letra de imprenta /
Print Patient's Name: _____

Fecha de nacimiento del paciente /
Patient Date of Birth: _____

Tutor legal (si corresponde) /
Legal Guardian (if different than patient): _____

Firma del paciente o del tutor legal /
Patient or Legal Guardian Signature: _____